

Реферат

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ
Ксонз И.В.

Ключевые слова: дети, травма, селезенка, гемограмма.

В статье сделан сравнительный анализ гемограмм детей с закрытой травмой селезенки (n=134) и закрытой травмой живота (n=90). Дети были разделены на возрастные группы 3-5, 6-8, 9-11, 12-15 лет и по половой принадлежности. Повышение артериального (систолического и диастолического) давления наблюдали у детей всех возрастных групп с закрытой травмой селезенки. Показатели гемоглобина и эритроцитов существенно не изменяются, но есть незначительное повышение количества лейкоцитов и нейтрофильным сдвигом формулы влево и незначительной лимфопенией у детей с закрытой травмой селезенки. При проведении дифференциальной диагностики между закрытой травмой селезенки и закрытой травмой живота недостаточно данных гемограмм и определения пульса и артериального давления.

Summary

INDICES OF HEMOGRAM IN CHILDREN WITH CLOSED ABDOMINAL TRAUMA AND DAMAGED SPLEEN

Ksonz I.V.

Key words: children, trauma, spleen, hemogram

This article presents the comparative analysis of hemogram in children with closed trauma of the spleen (n = 134) and closed abdominal trauma (n = 90). The children were divided into age groups 3-5, 6-8, 9-11, 12-15 years and by sex. Increased blood (systolic and diastolic) pressure was observed in children of all ages with trauma of the spleen. The amount of hemoglobin and red blood cells remained mainly unchangeable, but there was a slight increase in white blood cells and neutrophils with the formula shift to the left. Slight lymphopenia was reported in children with trauma of the spleen. The differential diagnosis to detect whether there is closed trauma of spleen or abdomen, the findings of hemogram, heart rate and blood pressure are insufficient.

УДК: [616.714+616.831]-001:616-072.1

Кутовой А.Б., Пимахов В.В., Пелех В.А., Чайка В.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КРАНИОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины» г. Днепропетровск
Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И.Мечникова

На основании анализа результатов диагностики и лечения 162 пострадавших с сочетанной краниоабдоминальной травмой выявлено, что наиболее диагностически значимым методом оценки внутрибрюшных повреждений была видеолапароскопия, с лучшими показателями диагностической чувствительности (98,3%), специфичности (100%), точности (98,4%) и эффективности (99,2%). Выполнение видеолапароскопических вмешательств позволило в 42,2% устранить причину внутрибрюшного кровотечения, в 56% избежать «напрасной» лапаротомии, улучшить течение травматической болезни, снизив летальность на 5,4%. Помимо этого, выявлено, что использование эндовидеохирургических методик не приводит к развитию абдоминального компартмент-синдрома и ухудшению неврологического статуса пациентов.

Ключевые слова: сочетанная травма, видеолапароскопия, внутрибрюшные повреждения.

Работа является фрагментом темы «Эндоскопические и миниинвазивные методы в диагностике и лечении хирургических болезней», номер госрегистрации № 0111U008123

Из года в год частота травматических повреждений постоянно увеличивается [2,4]. Пострадавшими чаще всего становятся люди работоспособного возраста, что в сочетании с высокой летальностью и значительными сроками лечения имеет большое социальное значение [2,5]. Характерной особенностью травматизма в наше время является превалирование множественных и сочетанных повреждений [2]. Сочетание абдоминальной и черепно-мозговой травмы в силу своей тяжести и, соответственно, плохого прогноза для выздоровления занимает особое место. Летальность при таких вариантах травм достигает 60-80%, а запоздалое выявление повреждений органов брюшной полости - 40% [5, 7]. Это определяет необходимость поиска информативных методов диагностики и эффективных способов лечения. В этой связи определенный интерес вызывают эндовидеохирургические технологии, которые находят все более широкое применение в оказании неотложной помощи при травме органов брюшной полости [1,6]. Возможность

выполнения лапароскопических вмешательств при оказании помощи пострадавшим с краниоабдоминальной травмой (КАТ) по мнению отдельных авторов представляется сомнительной из-за риска нарушения витальных функций, в связи с развитием абдоминального компартмент-синдрома (АКС), торакоабдоминальной дыхательной недостаточности, метаболического ацидоза, как следствия карбоксиперитонеума [4].

Цель исследования

Оценка диагностических и лечебных возможностей видеолапароскопии у пострадавших с краниоабдоминальной травмой.

Материалы и методы

В 2009-2012 годах в клинике хирургии №2 Днепропетровской медицинской академии, на базе отделения интенсивной терапии политравмы Областной клинической больницы им. Мечникова находились на лечении 165 пациентов в возрасте от 18 до 68 лет

(средний возраст $37,9 \pm 5,9$ лет) с сочетанной закрытой абдоминальной и черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Среди них 92 мужчины и 73 женщины. Распределение пострадавших по виду травмы представлено в таблице 1.

Таблица 1.
Виды травм

Вид травмы	Число пострадавших	
	Абс.	%
Автодорожная	85	51,5
Хулиганская	36	21,8
Кататравма	17	10,3
Бытовая	15	9,1
Производственная	6	3,6
Железно-дорожная	4	2,4
Неуточненная	2	1,2
Всего	165	100

Тяжесть сочетанной травмы варьировала от 30 до 47 баллов ISS (средний бал — $39,3 \pm 5,3$). Степень повреждения головного мозга оценивали исходя из уровня нарушения сознания, выраженности неврологического дефицита и изменений, выявленных при компьютерной томографии. Помимо этого дополнительно выявляли повреждения костей черепа при помощи краниографии в прямой и боковой проекциях.

Легкая степень ЧМТ (сотрясение, ушиб мозга легкой степени тяжести) установлена у 53 (32,1%), средняя степень (ушиб мозга средней степени тяжести) — у 91 (55,2%), тяжелая степень (тяжелый ушиб мозга, диффузное аксональное повреждение) — у 21 (12,7%). Как видим, наиболее частым у пострадавших встречалось сочетание средней степени тяжести ЧМТ и внутрибрюшных кровотечений. Критериями исключения из исследования были ЧМТ, требовавшие нейрохирургических вмешательств.

Скрининговым методом диагностики повреждений органов брюшной полости являлось ультразвуковое исследование (УЗИ). Согласно полученным данным, свободная жидкость в брюшной полости была выявлена у 143 пациентов. У 28 (19,6%) из них диагноз — внутрибрюшное кровотечение был установлен на основании клинических и лабораторных данных (резкое снижение артериального давления, гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов) и выявленной в результате УЗИ жидкости. Остальные 115 (80,4%) пациентов были разделены на 2 группы: основная (59 пострадавших), в диагностике и лечении которых использовали видеолaparоскопию (ВЛС) и — контрольная (56 пациентов), которым выполняли диагностиче-

ский перитонеальный лаваж (ДПЛ). Указанные группы были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести ЧМТ.

ВЛС производили под общей тотальной внутривенной анестезией и искусственной вентиляцией легких, с применением эндовидеохирургического комплекса «Olympus» OTV — SC. При выявлении разрывов паренхиматозных органов зоны повреждений коагулировали. Неэффективный гемостаз или повреждение полых органов служили показаниями к конверсии.

Для оценки динамики состояния центральной нервной системы (ЦНС) использовали шкалу глубины коматозного состояния Глазго (GCS). Тяжесть состояния больных в послеоперационном периоде определяли при помощи шкалы полиорганной недостаточности MODS. Показатели внутрибрюшного давления (ВБД) оценивали ежедневно косвенным методом путем измерения давления внутри мочевого пузыря. Расчет диагностической значимости методов исследования проводили по известным формулам [3]. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли методами вариационной статистики, реализованные стандартными пакетами прикладной программы статистического анализа STATISTICA FOR WINDOWS 5.0.

Результаты и их обсуждение

У больных основной группы в результате выполнения лапароскопии внутрибрюшное кровотечение было выявлено у 45 (76,3 %) пациентов. Его причинами в 16 (35,6%) случаях были разрывы капсулы и паренхимы печени, в 13 (28,9%) — повреждения селезенки, в 8 (17,8%) — повреждения тонкой и в 3 (6,7%) — ободочной кишки. В 4 (11,1%) случаях выявлены ранения диафрагмы. У 1 (2,2%) пациента источник кровотечения установить не удалось, что потребовало выполнения лапаротомии. У 12 (26,7%) больных при ВЛС выявлены забрюшинные гематомы, которые во всех случаях были ненапряженными и не требовали дополнительных вмешательств. В 2 (3,3%) случаях в брюшной полости было обнаружено небольшое количество соломенного цвета жидкости без повреждений внутренних органов.

В контрольной группе внутрибрюшное кровотечение при ДПЛ было выявлено у 43 (78,2%) пациентов. В результате последовавшей за этим лапаротомии установлено, что в 21 (48,8%) случае его причинами были разрывы капсулы и паренхимы селезенки, у 8 (18,6%) пострадавших — разрывы печени. У 3 (6,9%) пациентов источником кровотечения были сосуды брыжейки тонкой кишки. У 11 (25,6%) травмированных причиной выделения геморрагического отделяемого по дренажу были забрюшинные гематомы.

Показатели диагностической значимости различных методов исследования приведены в таблице 2.

Таблица 2.
Диагностическая значимость использованных методов исследования

Метод исследования	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Точность (%)	Эффективность (%)
УЗИ	90,2	42,2	65,3	66,7
ДПЛ	96,9	52,2	78,6	74,6
ВЛС	98,3	100	98,4	99,2

Важно отметить, что ВЛС максимально быстро и точно позволяла ответить на вопрос о наличии и интенсивности кровотечения, локализации источника, характере повреждения. В случае проведения ДПЛ процесс диагностики внутрибрюшного кровотечения у 18 (41,8 %) больных длился от нескольких часов до суток, а мониторинг состояния брюшной полости при помощи УЗИ оказывался невозможным из-за наличия жидкости в животе.

В основной группе у 13 (81,3%) пациентов с разрывами печени и у 6 (46,2%) — с повреждениями селезенки кровотечение было остановлено при лапароскопии путем электрокоагуляции. У 26 (57,8%) травмированных выявленные при ВЛС изменения потребовали конверсии. При этом, у 7 пациентов выполнена спленэктомия, у 3 ушивание и тампонада разрывов печени, у 11 — были ликвидированы повреждения кишечника, у 4 — устранены дефекты диафрагмы.

Длительность ВЛС составила $53,8 \pm 15,8$ мин, продолжительность операций в контрольной группе — $121,3 \pm 20,9$ мин. Дренажи удалены после прекращения экссудации на $1,8 \pm 0,7$ сутки в основной группе, и на $2,7 \pm 1,2$ — в контрольной.

АКС в первые сутки после операции отсутствовал у пациентов как основной (среднее ВБД — $9,2 \pm 1,4$ мм.рт.ст.), так и контрольной групп (среднее ВБД — $9,0 \pm 1,2$ мм.рт.ст.). Однако на 3 сутки у 16 (28,6%) пострадавших контрольной группы отмечалось возникновение признаков АКС, при этом среднее ВБД в группе составило $11,8 \pm 3,5$ мм.рт.ст., что не было отмечено у пациентов после ЛС (ВБД — $8,5 \pm 1,5$ мм.рт.ст.). Признаки АКС в контрольной группе уменьшились только на 5 сутки, после восстановления нормальной функции кишечника (ВБД — $9,8 \pm 1,9$ мм.рт.ст.). Динамика ВБД в основной и контрольной группах отражены в диаграмме 1.

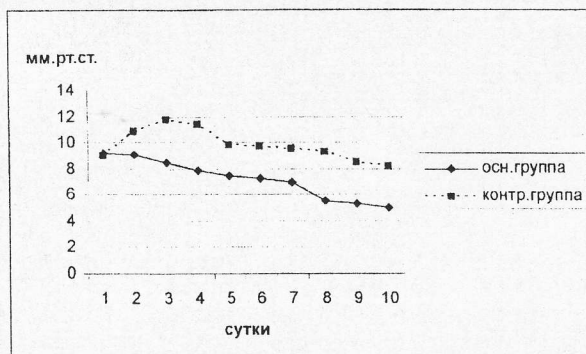


Диаграмма 1. Динамика ВБД

Уровень сознания больных в обеих группах при поступлении оценивался преимущественно как сопор — кома 1 ст. ($7,8 \pm 2,2$ балла GCS в основной группе, и $7,9 \pm 1,4$ — в контрольной). На четвертые сутки послеоперационного периода большая часть пострадавших основной группы (84,7%) находилась в умеренном оглушении ($12,3 \pm 1,9$ балла GCS). При этом уровень сознания 75,0% больных контрольной группы оставался на уровне глубокого оглушения ($10,6 \pm 2,2$ балла GCS). На шестые сутки было отмечено ясное сознание у 38 (64,4%) больных основной группы ($13,1 \pm 0,9$ балла GCS) и только у 25 (57,2%) — контрольной ($11,6 \pm 2,2$ балла GCS). Динамика сознания у пациентов обеих групп представлена на диаграмме 2.

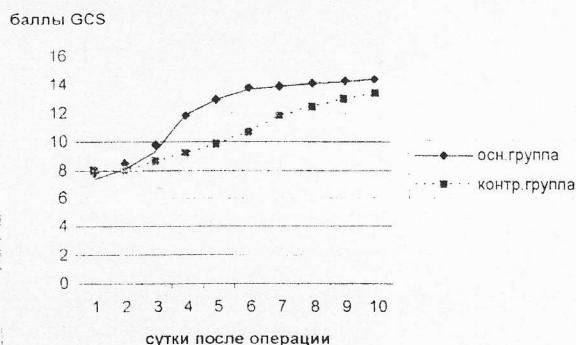


Диаграмма 2. Динамика восстановления сознания

Динамика изменений тяжести состояния пациентов согласно шкале MODS в различные сроки послеоперационного периода представлена на диаграмме 3.

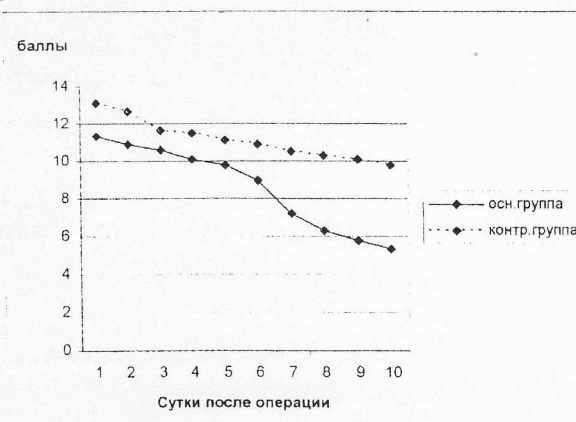


Диаграмма 3. Динамика показателей шкалы MODS

У одного пострадавшего основной группы после коагуляции разрыва селезенки при ВЛС ранний послеоперационный период осложнился развитием гематомы левого поддиафрагмального пространства, что потребовало релапароскопии, санации и дренирования брюшной полости. В контрольной группе у 2 (3,6 %) больных в раннем послеоперационном периоде развилась клиника острой спаечной тонкокишечной непроходимости, что вызвало необходимость релапаротомии, висцеролиза, назоинтестинальной интубации.

Летальность в основной группе составила 13,4%, в контрольной 18,8%

Выводы

1. Наиболее диагностически значимым методом оценки внутрибрюшных повреждений при сочетанной травме была видеолапароскопия, показав самую высокую диагностическую чувствительность (98,3%), специфичность (100%), точность (98,4%) и эффективность (99,2%).
2. Выполнение ВЛС вмешательств позволило в 42,2% устранить причину внутрибрюшного кровотечения, в 56,0% избежать «напрасной» лапаротомии, улучшить течение травматической болезни, снизив летальность на 5,4%.

Литература

1. Ермолов А.С. Лапароскопия при абдоминальной травме / А.С. Ермолов, П.А. Ярцев, А.А. Гуляев // Неотложная медицина. — 2011. - №1. — С. 6-10.

2. Королёв В.М. Эпидемиологические аспекты сочетанной травмы / В.М. Королёв // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – №3. – С. 124-128.
3. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: Медиасфера, 2002. – 312 с.
4. Синдром интраабдоминальной гипертензии: [Методические рекомендации] / [Б. Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, П. В. Подачин и др.]; Под ред. В. С. Савельева. – Новосибирск: Сибирский успех, 2008 – 32 с.
5. Щедренко В.В. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в городах с раз-
- личной численностью населения и пути ее совершенствования / В.В. Щедренко, Е.К. Гуманенко, О.В. Могучая [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2008. – №1. – С. 3-7.
6. Gohil V.D. Diagnostic and therapeutic laparoscopy in various blunt abdomen trauma / V.D. Gohil, H.D. Palekar, M. Ghoghari // World Journal of laparoscopic surgery. – 2009. – №2. – P. 42-47.
7. Peitzman A.B. Trauma and Acute Care Surgery / A.B. Peitzman, M. Rhodes, C.W. Schwab [et al.] // 3rd Edition Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Реферат

ДІАГНОСТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЇ ПРИ СИНДРОМІ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ КРОВОТЕЧІ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Кутюгов О.Б., Пімахов В.В., Пелех В.А., Чайка В.О.

Ключові слова: поєднана травма, відеолапароскопія, внутрішньочеревні ушкодження.

На підставі аналізу результатів діагностики і лікування 162 постраждалих з поєднаною краніоабдоминальною травмою виявлено, що найбільш діагностично значущим методом оцінки внутрішньочеревних пошкоджень була відеолапароскопія, з кращими показниками діагностичної чутливості (98,3%), специфічності (100%), точності (98,4%) та ефективності (99,2%). Виконання відеолапароскопічних втручань дозволило в 42,2% усунути причину внутрішньочеревної кровотечі, в 56% уникнути «марної» лапаротомії, поліпшити перебіг травматичної хвороби, знизивши летальність на 5,4%. Крім цього, виявлено, що використання ендовідеохірургічних методик не призводить до розвитку абдоминального компартмент-синдрому та погіршення неврологічного статусу пацієнтів.

Summary

DIAGNOSTIC AND MEDICAL POTENTIALS OF VIDEO LAPAROSCOPY FOR ABDOMINAL BLEEDING SYNDROME IN PATIENTS WITH ASSOCIATED CRANIOABDOMINAL TRAUMA

Kosovo ALB., Pikachu V.V., Peek V.A., Chaka V.A.

Key words: associated trauma, video laparoscopy, intra-abdominal injury.

The analysis of the results of diagnosis and treatment for 162 patient with associated craniabdominal trauma enables to find out the most reliable method for diagnosis of intra-abdominal trauma is video laparoscopy which is characterized by the best marks of diagnostic sensitivity (98,3%), specificity (100%), accuracy (98,4%) and effectiveness (99,2%). Video laparoscopic interventions prevented intra-abdominal bleeding in 42,2% of cases, suppressed the cause of intra-abdominal bleeding in 56% of cases and helped to avoid «ineffective» laparotomic surgery as well as to improve clinical course of traumatic disease, decreased mortality in 5,4% of cases. Despite of this, the applications of endovideosurgical techniques does not result in the abdominal compartment syndrome and does not lead to worsening of patients' neurological status.

УДК 618.13-002.3-079-089

Чурилов А.В., Кушнir С.В., Попандопуло А.Д.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОВОЛНОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА

Отдел восстановления репродуктивной функции,

Государственное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины», г.Донецк; кафедра акушерства и гинекологии №1 Донецкого Национального медицинского университета им.М.Горького, г.Донецк;

кафедра общей практики - семейной медицины Донецкого Национального медицинского университета им.М.Горького, Донецк

В статье приведены данные визуальной, кольпоскопической и планиметрической картины послеоперационной раны при радиохирургическом лечении посттравматических деформаций шейки матки. Установлена высокая эффективность используемого метода. Анализ кольпоскопических данных позволили нам отметить более раннее отторжение струпа. Визуальный контроль динамики созревания грануляционной ткани в раневом ложе зафиксировал более быстрый рост грануляций в группе с примененным радиоволновым методом. Средние сроки полного заживления раны при использовании радиохирургического метода в лечении посттравматических деформаций шейки матки в 1,5 раза меньше, чем при диатермозексизии.

Ключевые слова: посттравматическая деформация, шейка матки, радиохирургия

Работа является фрагментом темы «Оптимизация хирургического лечения больных с посттравматической деформацией шейки матки» № госрегистрации 0111U002049

Вступление

Посттравматическая деформация шейки матки (ПДШМ) встречается преимущественно у женщин детородного и трудоспособного возраста, что придает ей большое социальное значение. По данным ряда авторов [2, 3] частота этой патологии достаточно велика и в разных странах колеблется от 5 до 18%.

Основной этиологической причиной возникновения этого патологического состояния являются травматические повреждения шейки матки (ШМ) в родах и при абортax. Соответственно распространенность ПДШМ на Украине составляет 9% [5]. В посттравматическом периоде в шейке развиваются рубцовые изменения, сосудистые и нейротрофические рас-